

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0035303

24/11/58

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2078 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HESS ANE Goharouf

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637973953 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 12 JAN 2023 Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Abdelghafour KARAM</i> <i>R.N.E.S. Médecin</i> <i>Bd. Lalla Mamen, immeuble Appart.</i> <i>Sala Al Jadida</i> <i>Tél: 06 15 53 84 35 / 06</i>	21/2/2009					13000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

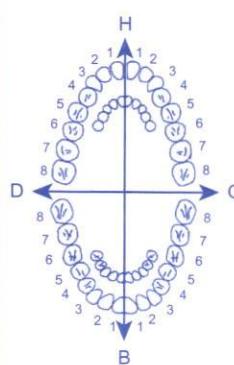
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet De Kinésithérapie

Abdelghafour KARAM

kinésithérapeute et physiothérapeute



عيادة الترويض الطبي

عبد الغفور كرام

أخصائي في الترويض الطبي

Facture N° : 47/2022.

- ❖ Nom complet: HESSANE Lahcenal
- ❖ Diagnostic: Fracture poignet droite
- ❖ Médecin traitant: Dr. Nabil HATTABA
- ❖ Nombre de séances: 10
- ❖ La durée: 21/12/2022 → 24/01/2023

rubrique	Nombre de séances	Prix unitaire	total
Séance de rééducation	10	130,00	1300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

..... Mille Trois Cent dh

Fait à Salé le: 24.12.2022 Signature et cachet

Abdelghafour KARAM

Kinésithérapeute

Bd. Lalla Mariam, imm. 46, Appt. 5

Sala Al Jadida

Tél: 06 15 53 84 35 / 06 74 89 46 01

شارع لالة مريم عمارة 46 شقة 5 سلا الجديدة

Bd Lalla Mariam imm 46 app 5 Sala Al Jadida

06 15 53 84 35 - 06 74 89 46 01

patente n°: 63500476 IF: 15167518

ICE : 002283072000071

Cabinet De Kinésithérapie

Abdelghafour KARAM

kinésithérapeute et physiothérapeute



عيادة الترويض الطبي

عبد الغفور كرام

أخصائي في الترويض الطبي

DEVIS

Devis n°: ٣٧٢٤

- ✓ Nom et prénom du patient : HESSANE No Rammel
- ✓ Diagnostic : fracture du Radius ♂ .
- ✓ Médecin traitant : Dr Nabil HATTONA .
- ✓ Nombre de séances : 12 séances .

rubrique	Nombre de séances	Prix unitaire	total
Séance de rééducation	12	130,-	1560,-

Fait à salé le : ١٧/١٢/٢٠٢٢

Signature et cachet

Abdelghafour KARAM
Kinésithérapeute
Bd. Lalla Mariam, Imm. 46, Appt. 5
Sala Al Jadida
Tél: 06 15 53 84 35 / 06 74 89 46 01

شارع لالة مريم عمارة 46 شقة 5 سلا الجديدة

Bd Lalla Mariam imm 46 app 5 Sala Al Jadida

06 15 53 84 35 - 06 74 89 46 01

matente n°: 63500476

IF: 15167518



Calendrier des Séances

- ✓ Nom et prénom du patient : HASSANE Mohamed
- ✓ Diagnostic : fracture du poignet Dt.....
- ✓ Nombre de séances : 10 séances

1	21/12/2022	9	09/01/2023	17	
2	23/12/2022	10	12/01/2023	18	
3	26/12/2022	11		19	
4	28/12/2022	12		20	
5	30/12/2022	13		21	
6	02/01/2023	14		22	
7	04/01/2023	15		23	
8	06/01/2023	16		24	

Fait à salé le : 14/01/2023

Signature et cachet

Abdelghafour KARAM
Kinésithérapeute
Bd Lalla Mariam imm 46 app 5 sala Al Jadida
Tél: 06 15 53 84 35 / 06 74 89 46 01

شارع لالة مريم عمارة 46 شقة 5 سلا الجديدة

Bd Lalla Mariam imm 46 app 5 Sala Al Jadida

06 15 53 84 35 - 06 74 89 46 01

patente n°: 63500476

IF : 15167518

Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie
(Strasbourg)

الدكتور نبيل هطومة

اختصاصي في علاج و جراحة أمراض العظام والغضاريف
جراحة الغضروف بالمنظار
(ستراسبورغ)

Casablanca le 16/12/2022

Mr HESSANE MOHAMMED

DIAGNOSTIC :

-FRACTURE DE L'EXTREMITE INFERIEURE DU RADIUS DROIT

PRIERE DE FAIRE UNE REEDUCATION FONCTIONNELLE POIGNET DROIT

-ANTALGIQUE : ELECTROTHERAPIE – ULTRASONS – CRYOTHERAPIE

- MASSAGE DECONTRACTURANT.

-MOBILISATION ARTICULAIRE ACTIVE ET PASSIVE

-TRAVAIL DE PROPRIOCEPTION

-DRAINAGE LYMPHATIQUE ET LUTTE CONTRE L'OEDEME

NOMBRE DE SEANCES : 12

FREQUENCE : 3 x / SEMAINE.

*Abdelghafour KARAM
Kinésithérapeute
Bd. Lalla Mariem, Imme. 46, Appt. 5
Sala Al Jadida
Tél: 06 15 53 84 35 / 06 74 89 46 01*

*Docteur Nabil HATTOMA
CHIRURGE ORTHOPÉDISTE
511 Bd. Al Oods Res. Al Oods
California 10C, Appt. 1 Casablanca
Tél: 0522 52 52 10 Gsm: 06 61 30 08 32
0522 77700*